

**OGGETTO: Richiesta Iscrizione ai Servizi Integrativi "Spazio Bambini e Bambine" di via Walter Tobagi - EBOLI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
in qualità di genitore/tutore avente la patria potestà del minore di seguito generalizzato,  
residente in Eboli alla Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

- L'iscrizione del/la proprio/a figlio/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**ai Servizi Integrativi Spazio bambini e bambine di via Walter Tobagi  
per la seguente fascia oraria:**

- Antimeridiano 9.30 - 12.30**  
 **Pomeridiano 15.00 - 18.00**

Eventuali problematiche da segnalare

---

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. N. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA (*contrassegnare con una X le voci che interessano*)

- che è in possesso dei requisiti previsti dall'avviso pubblico al fine di usufruire del servizio in oggetto;
- che il/la bambino/a è in condizione di disabilità;
- che il/la bambino/a è orfano di uno o entrambi i genitori;
- che il/la bambino/a appartiene a nucleo familiare con madre nubile lavoratrice o padre celibe lavoratore o vedova/o;
- che il/la bambino/a è in situazioni di grave disagio socio-familiare su segnalazione ed accertamento del Servizio Sociale Professionale Comunale e/o del Tribunale per i Minorenni;
- che il/la bambino/a per cui si chiede l'iscrizione è gemello/a;
- che il/la bambino/a appartiene ad un nucleo familiare in cui entrambi i genitori lavorano;

- che il/la bambino/a appartiene ad un nucleo familiare in cui sono presenti altri figli minorenni;
- Che il proprio nucleo familiare è così composto:

Grado di parentela	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- Che l'attestazione ISEE 2021 del proprio nucleo familiare è pari a € \_\_\_\_\_;

- Che il/la bambino/a è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie

- SI
- NO

- Di essere informato, che:

- i dati forniti ai fini del procedimento in oggetto saranno trattati nel rispetto del R.EU (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali) n. 2016/679.

- i dati personali raccolti saranno trattati e diffusi anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quali gli stessi sono stati raccolti ed in applicazione della disposizione sulla pubblicità degli atti, ai sensi della legge 241/90.

I dati potranno essere inoltre comunicati nel rispetto delle disposizioni di legge ad esso inerenti. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria e in caso di rifiuto non sarà possibile procedere all'istruttoria e all'ammissione dell'istanza.

- Di allegare alla presente:

- Fotocopia di valido documento di identità.
- certificato delle vaccinazioni obbligatorie eseguite.

EBOLI, \_\_\_\_\_

(data)

IL/LA DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)